

WELCOME TO JUST DENTAL (DUC DO DDS, INC.)

Ngày: _____

Tên: _____

Giới Tính: Nam Nữ N/A Ngày Sinh _____

Social Security #: _____

Địa chỉ nhà : _____

Điện thoại di động: _____

Điện thoại cố định: _____

Ngôn ngữ thường dùng: _____

Có đang mang thai không? Có Không

Có hút thuốc không? Có Không

Lúc khẩn cấp, liên hệ:

Điện thoại : _____ Tên: _____

Mối quan hệ: _____

Ai đã giới thiệu quý vị đến đây? _____

Lý do quý vị đến đây hôm nay: _____

ASSIGNMENT AND RELEASE

Tôi, kí tên bảo đảm rằng tôi (hoặc người phụ thuộc của tôi) có bảo hiểm với hãng _____ và sẽ giao trực tiếp cho Dr. Duc H. Do tất cả mọi quyền lợi bảo hiểm. Nếu có bất kì chi phí nào cho những dịch vụ đã làm được trả (hoặc không được thanh toán) cho tôi bởi bảo hiểm. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính cho mọi khoản phí. Tại đây, tôi ủy quyền cho bác sĩ được sử dụng tất cả những thông tin cần thiết để bảo đảm nhận được sự thanh toán từ bảo hiểm. Tôi cho phép được sử dụng chữ kí này để nộp giấy tờ cho bảo hiểm.

Chữ kí: _____

Ngày: _____

Tên công ty bảo hiểm: _____

Người đứng bảo hiểm: _____

Số ID: _____

Ngày sinh của người đứng bảo hiểm: _____

Số nhóm (Group No.): _____

Liên hệ với người đứng bảo hiểm:

Bản thân Vợ chồng Phụ thuộc Khác

Có bảo hiểm răng khác không? _____

Thông tin Bảo hiểm Phụ:

Thuốc

Thuốc hiện tại đang dùng: _____

Tên nhà thuốc: _____ Tel: _____

Địa chỉ: _____

Phản ứng thuốc:

Không biết/không rõ

Local Anesthetics (Thuốc gây tê)

Amoxicillin / Penicillin (Thuốc kháng sinh)

Barbiturates (Thuốc ngủ)

Sulfa

Aspirin

Latex (Cao su)

Khác:

HỒ SƠ NHA KHOA

Lý do đến khám răng hôm nay: _____

Có đánh răng thường xuyên không? _____ Có xỉa răng thường xuyên không? _____

Ngày khám răng lần cuối: _____ Nha sĩ trước đây: _____

(Vui lòng đánh dấu vào “Có” hoặc “Không”)

Hôi miệng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Nghiến răng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Điều trị nha chu	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Chảy máu nướu răng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Sưng nướu	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Nhạy cảm với lạnh	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Mụn nước trên miệng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Đau hàm	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Nhạy cảm với nóng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Trám vữa	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Răng lung lay	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Nhạy cảm với đồ ngọt	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Khớp quai hàm kêu	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Đau trong miệng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Khi cắn bị buốt răng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Khô miệng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Điều trị chỉnh nha	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Lở miệng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Thức ăn dính kẽ răng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Đau quanh tai	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Thở bằng miệng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K

HỒ SƠ BỆNH ÁN

((Vui lòng đánh dấu vào “Có” hoặc “Không”))

Thiếu máu	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Xạ trị	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Viêm khớp	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Động kinh	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Bệnh hô hấp	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Van tim nhân tạo	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Ngất xỉu	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Bệnh thấp khớp	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Khớp Nhân Tạo	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Bệnh tăng nhãn áp	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Sốt ban đỏ	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Hen suyễn	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Đau đầu	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Khó thở	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Bệnh về lưng	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Vấn đề về tim	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Phát ban da	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Bệnh Máu	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Bệnh máu khó đông	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Đột quỵ	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Ung thư	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Viêm gan	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Phù chân	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Ghiền hóa chất	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Cao Huyết Áp	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Vấn đề về tuyến giáp	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Hóa trị	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Thói quen hút thuốc	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Trở ngại tuần hoàn máu	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Bệnh thận	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Viêm amidan	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Trị liệu Cortisone	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Bệnh Gan	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Bệnh lao	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Ho	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Sa van hai lá	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Loét	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K
Ho ra máu	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Máy điều hòa nhịp tim	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Bệnh hoa liễu	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K

CHỮ KÝ

- Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên là đầy đủ và chính xác. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm phải thông báo cho bác sĩ nếu tôi hoặc con của tôi có thay đổi về sức khỏe.

Chữ ký của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân

Ngày

Chữ ký của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân

Ngày